



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2014/2015

Maria Isabel Bastos Rodrigues
Renoureteral Duplication: Outcomes
of Different Surgical Approaches

março, 2015

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria Isabel Bastos Rodrigues
Renoureteral Duplication: Outcomes
of Different Surgical Approaches

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cirurgia Pediátrica

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutor José Manuel Estevão da Costa

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Acta Médica Portuguesa

março, 2015

FMUP

Eu, Maria Isabel Bastos Rodrigues, abaixo assinado, nº mecanográfico 200904831, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 08/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Maria Isabel Bastos Rodrigues

NOME

Maria Isabel Bastos Rodrigues

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13912552

isabelbastosrodrigues@gmail.com

914668801

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200904831

23 de Março de 2015

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Cirurgia Pediátrica

TÍTULO DISSERTAÇÃO

Renoureteral Duplication: Outcomes of Different Surgical Approaches

ORIENTADOR

José Manuel Estevão da Costa

COORIENTADOR (se aplicável)

-

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 08/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação: Maria Isabel Bastos Rodrigues

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e amigos, que me acompanharam
nestes primeiros passos no mundo da Medicina.

Renoureteral Duplication: Outcomes of Different Surgical Approaches

Duplicação Renoureteral: Resultados de Diferentes Abordagens Cirúrgicas

Authors: Isabel Rodrigues^a, José Estevão-Costa^{a,b}

^aFaculty of Medicine, University of Porto, Portugal.

^bDepartment of Pediatric Surgery, Centro Hospitalar de São João, EPE. Porto, Portugal.

Corresponding author:

Isabel Rodrigues

Address: Hospital de São João, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto,
PORTUGAL

E-mail address: isabelbastosrodrigues@gmail.com

Running Title:

Renoureteral Duplication

Renoureteral Duplication: Outcomes of Different Surgical Approaches

ABSTRACT

INTRODUCTION: The surgical management of renoureteral duplication anomalies is not consensual.

OBJECTIVE: To characterize the pediatric population who underwent surgery for renoureteral duplication and compare outcomes of different approaches.

MATERIALS AND METHODS: Clinical records from patients treated between January 2008 and June 2014 were retrospectively reviewed. Epidemiology, diagnosis, clinical manifestations and surgical procedures were collected and analysed. Patients were divided into two groups: A, with ureterocele; and B, without it.

RESULTS: 32 renoureteral duplication cases that underwent surgery were complete. In group A (n=18), the selected primary procedure was: ureterocele puncture in 12 cases; ureter reimplantation in 3; partial nephrectomy, pyelopyelostomy and subureteral injection (STING) each in 1. A reintervention was required in 5 of the 12 submitted to puncture: 1 partial nephrectomy, 1 pyelopyelostomy, 1 ureteric reimplantation and 2 STINGs. In group B (n=14), a partial nephrectomy was performed in 5 children, a STING in 4, a pyelopyelostomy in 4, and a ureteric reimplantation in 1; one case required a reintervention.

DISCUSSION: A primary invasive or ablative procedure was preferred in 46.9% (n=15/32) cases. A conservative primary approach was favoured in cases with ureterocele and/or reflux in hemisystems with substantial function (53.1%; n=17/32). It was effective *per se* in 53.8% (n=7/13) cases in group A and 75% (n=3/4) in group B.

CONCLUSIONS: A conservative approach is highly effective in cases with ureterocele and for reflux, with a low prevalence of secondary procedures. Further studies are needed to establish the advantages over primary invasive or ablative approaches.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O tratamento cirúrgico da duplicação renoureteral não é consensual.

OBJETIVOS: Caracterizar a população pediátrica submetida a cirurgia para tratamento de duplicação renoureteral e comparar resultados de diferentes abordagens.

MATERIAL E MÉTODOS: Processos clínicos de doentes tratados entre Janeiro de 2008 e Junho de 2014 foram retrospectivamente revistos. Epidemiologia, diagnóstico, manifestações clínicas e procedimentos cirúrgicos foram recolhidos e analisados. Os doentes foram divididos em dois grupos: A, com ureterocelo; e B, sem ureterocelo.

RESULTADOS: 32 casos de duplicação renoureteral eram completos. No grupo A (n=18), o procedimento primário selecionado foi: punção de ureterocelo em 12 casos; reimplantação de ureter em 3; nefrectomia parcial, pielopielostomia e injeção subureteral (STING) em 1 cada. Uma reintervenção foi necessária em 5 dos 12 casos submetidos a punção: 1 nefrectomia parcial, 1 pielopielostomia, 1 reimplantação de ureteres e 2 STINGs. No grupo B (n=14), uma nefrectomia parcial foi efetuada em 5 crianças, STING em 4, pielopielostomia em 4 e reimplantação de ureteres em 1; apenas um caso necessitou de reintervenção.

DISCUSSÃO: Uma primeira abordagem invasiva ou ablativa foi preferida em 46.9% (n=15/32) casos. Foi favorecida uma abordagem primária conservadora para tratamento de ureterocelo ou reflux em hemissistemas com função substancial (53.1%; n=17/32), tendo esta sido eficaz *per se* em 53.8% (n=7/13) casos do grupo A e 75% (n=3/4) do grupo B.

CONCLUSÃO: Uma abordagem conservadora é eficaz em casos com ureterocelo ou para refluxo, com baixa prevalência de intervenções secundárias. Mais estudos são necessários para estabelecer as suas vantagens sobre abordagens primárias invasivas ou ablativas.

KEYWORDS: Renoureteral duplication; Ureterocelo; Vesico-Ureteral reflux; Ectopic ureter; Endoscopy; Partial nephrectomy.

INTRODUCTION

Renoureteral duplication is a common congenital abnormality of the urogenital tract, and is present in about 0,8% of the population¹. However, since the spectrum of clinical manifestations is so vast, management of this condition is still not well established.

Most renoureteral duplication anomalies remain undetected and clinically silent. However, they may coexist with ectopic ureters or ureterocele, and manifestations such as vesicoureteral reflux (VUR), obstruction, incontinence or urinary tract infections (UTIs), isolated or in association. Due to kidney dysplasia, present in a non-negligible percentage of cases, a decrease in renal function is common.²⁻⁴

Nowadays, most diagnosis are established during the prenatal period by ultrasonography. Further anatomic and functional characterization may require a voiding cystourethrography (VCUG), renal scan with technecium-99m mercaptoacetyltriglycine (MAG3), technecium-99m dimercaptosuccinic acid (DMSA), or magnetic resonance.^{2, 3}

Considering the variable clinical and pathologic presentation, the treatment options should be individualized. As a consequence, standardized decision-making is lacking, and there are still many controversies about the surgical management.⁵

The purpose of this study was to characterize the pediatric population who underwent surgery for renoureteral duplication on a tertiary care facility. We also aimed to compare the outcomes of the different surgical approaches, in order to contribute to the optimization of the management of these patients.

MATERIAL AND METHODS

A retrospective search was performed on the clinical records of Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ), in order to identify all pediatric patients (from birth to age 18) who underwent surgery for renoureteral duplication at the Pediatric Surgery Department between 1st January 2008 and 30th June 2014. All patients with severe comorbidities such as polymalformative syndromes were excluded. Approval was obtained by CHSJ's Ethics Committee. The search was carried out using the codes of procedures and common manifestations of renoureteral duplications ("kidney repairs", "partial nephrectomy", "cystoscopy", "kidney infections", "congenital malformations of the kidney and ureter", "congenital ureterocele", "hydronephrosis").

Medical records were reviewed and data regarding epidemiology, clinical manifestations, diagnosis and surgical procedures was collected. The information was stored and analyzed using IBM SPSS Statistics 22. *P* values were calculated using the Mann-Whitney nonparametric test.

Patients were divided into two groups, group A (complete duplication with ureterocele) and B (complete duplication without ureterocele).

Terms defined by Glassberg *et al.*⁶ were used to define the morphology of the duplicated systems and associated phenomena, while vesicoureteral reflux was graded according to the radiographical grading system proposed by the International Reflux Study⁷.

RESULTS

Out of 34 renoureteral duplication patients who underwent a surgical procedure, 2 were found to be incomplete duplications. An ureterocele was identified on 18 out of the remaining 32 (group A), and their management will be analysed separately from that of the patients without ureterocele (group B). The renal function assessment is presented on Table 1.

There were 17 girls (51.5%) and 15 boys with complete renoureteral duplication.

Group A- Complete Renoureteral Duplication With Ureterocele (n=18)

Of these 18 cases in group A, 6 also had ectopic ureters. 4 of these inserted into the bladder neck and 2 into the urethra. All originated from the upper pole and 5 were bilateral.

In 12 cases (66.7%), the diagnosis of renoureteral duplication was achieved after a prenatal detection of urinary outflow system dilation, which was later studied. However, on the remaining cases, this diagnosis stemmed from clinical manifestations (urinary tract infections in 3 of them) or findings in ultrasound.

The first approach (Fig.1) involved a cystoscopic puncture of the ureterocele in 12 cases (66.7%); in 3 of these, a concurrent correction of vesicoureteral reflux by a subureteric transurethral injection of hyaluronic acid/dextranomer polymer (STING) was performed. Three patients underwent ureteric reimplantation (using the Cohen technique). In 1 case, the selected procedure was a pyelopyelostomy, and another patient underwent a partial nephrectomy. The remaining patient, despite the existence of an ureterocele, underwent solely a STING for VUR, also present and presumably responsible for the lower hemisystem dilation.

Only four of these surgical procedures were carried in an outpatient setting. The median length of hospitalisation was 3.5 days for cystoscopical procedures and 8 days for open ones. The median age at intervention was 2 months and 15 days for cystoscopical interventions and 13 months for open ones.

6 out of the 18 individuals were submitted to a second procedure. 5 children in whom the primary one involved the puncture of the ureterocele underwent a reintervention: a partial nephrectomy, two subureteral injections for VUR (STING), a pyelopyelostomy and a

ureteral reimplantation procedure. The case in which the first choice was an isolated correction of the vesicoureteral reflux also needed a second surgery, a partial nephrectomy. These reinterventions were performed a median of 4 months and 25 days after the first surgical approach.

Group B- Complete Renoureteral Duplication Without Ureterocele (n=14)

An ectopic ureter was identified in 7 out of the 14 group B cases, all unilateral and draining the upper hemisystem. It was inserted in the urethra in 3 cases, in the vagina in 2 and in the bladder neck in 2 patients.

In this group of patients, the diagnosis was established following a prenatal investigation in 53%. One was an incidental finding during an ultrasonography, and four cases had been studied for urinary symptoms, such as incontinence (n=1), UTIs (n=1) or both (n=2). There was no available information about the presentation of the remaining case.

In four cases the selected primary procedure was a STING. In 5 cases the choice fell upon a partial nephrectomy; 4 patients underwent pyelopyelostomies; an ureteric reimplantation procedure was performed on the remaining case (Fig.2).

2 out of the 14 procedures were performed in an outpatient setting (both cystoscopies), and the others had a median hospitalisation of 1 day (when a cystoscopic approach was selected) or 4.5 days (when using an open approach). The median age at first procedure was 13 months and 5 days when cystoscopic, and 11 months and 9 days when open.

Only 1 patient required reintervention, a STING for a grade V VUR, 1 year and 3 months after the primary intervention. An ureteropyelostomy was the selected procedure. Another patient, with bilateral duplication, underwent a contralateral ureteroureterostomy.

DISCUSSION

Early diagnosis has been associated with a better prognosis in renoureteral duplication, since it allows a therapeutic intervention (surgical or conservative) before the onset of UTIs, preventing further impairment of renal function⁸. In our cohort, an antenatal diagnosis by ultrasound has been made in 66.7% of patients in group A and 53% of patients in group B. This favours an early intervention, a factor that may influence not only the chosen procedure but also the long-term outcome.

According to different studies, several factors may influence the choice of treatment, such as the age, manner of presentation, type of ureterocele, grade of VUR (if present), UTIs, remaining renal function of the affected moiety and preference of the surgeon.^{5,9}

Accordingly, coexisting findings (such as an ureterocele, ectopic ureter or VUR) as well as moiety renal function were two important factors taken into account when selecting the primary procedure.

A primary invasive or ablative procedure was preferred in a total of 46.9% (n=15/32) cases, of which 27.8% (n=5/18) were from group A and 71.4% (n=10/14) from group B. A conservative primary approach was favoured to primarily address the ureterocele and/or VUR in renal hemisystems with substantial function (53.1%; n=17/32) and was effective *per se* in 53.8% (n=7/13) of cases in group A and 75% (n=3/4) in group B. However, a secondary procedure was required in 46.1% in group A (n=6/13) and 25% in group B (n=1/4).

Several studies have evaluated the outcomes of this type of conservative non-invasive approach, with satisfying results. Many of them reported a better outcome for intravesical ureteroceles in comparison with ectopic ones following a cystoscopic puncture.⁵ Merlini *et al.* proposed general guidelines for management of ureteroceles, in which the main approach for intravesical ureteroceles was an endoscopic puncture (definitive in 77 to 93% of patients). This contrasts with ectopic ureteroceles, for which other elective approaches are proposed depending on the remaining function and presence of VUR.⁹ A consensus regarding treatment of this type of ureterocele has not yet been reached.⁴ Even so, the preoperative determination of the ureterocele location can be misleading, and only an intraoperative evaluation can give definitive information on this matter. Castagnetti *et al.* found incongruences between the two in as many as one fourth of their cases.¹⁰

99Tc-MAG3 renogram or a 99Tc-DMSA renal scintigraphy were used to evaluate renal function (estimated by means of a differential renal function value between the upper and lower poles). This was particularly important when deciding between a cystoscopic or reconstructive procedure of the upper or lower urinary tract and a partial nephrectomy, which was preferred when the renal moiety was too damaged to be preserved. In our cohort, however, we were not able to establish a statistically significant difference between the DRF values in any of the comparisons we made (cystoscopic Vs. partial nephrectomy and reconstructive Vs. partial nephrectomy). These results may have been influenced by the absence of many of these pre-operative values from the medical records. Still, lower *p* values were obtained for the group without an ureterocele, which may suggest that renal function played a more important role in the selection of the procedure in this particularly heterogeneous group.

When the DRF of the affected moiety was very low, a partial nephrectomy was generally preferred. A concern with this approach was the fact that it would not eliminate the ureterocele or correct the VUR, when present, making it possible for the symptoms to persist, a condition that justified a second procedure in 41 to 65% of patients in some series.¹¹ This did not happen in any of the 8 patients who underwent partial nephrectomies as a primary procedure or reintervention. A partial nephrectomy is regarded as a manner of avoiding two dreaded complications of a non-functioning pole: hypertension and a possible malignant neoplasia stemming from dysplastic tissue.⁴ However, since this relationship with the appearance of malignancies was never proven¹², and since this surgery can have complications such as damage to the remaining moiety, more conservative approaches have been gaining support for patients without UTIs, at times even when VUR is present.^{4, 13, 14}

Group B, in which ureterocele was absent, was more heterogeneous. The manifestations and remaining renal function depended on the coexisting findings (such as VUR and an ectopic ureter, present in half of the patients in this group), which ultimately defined the chosen procedure. As for cases in which uncomplicated VUR is present, Ellerkamp *et al.* postulate that a STING is the gold-standard treatment for VUR up to grade IV.⁴ In the only case of the group that needed reintervention, VUR was quantified as grade V. However, a meta-analysis by Routh *et al.* reports a 62% success rate for STING in children with grade V VUR¹⁵. Again, there is no consensus on how to manage these cases, and there are other factors to take into account, such as the age of the patient (the child

who underwent a partial nephrectomy was substantially older) and parental preference. Also, it has been reported that VUR may subside spontaneously^{3, 14} and, in some series, VUR status did not have any role in guiding the selection of the first procedure.¹⁰

In spite of the evidence supporting all of these facts regarding the surgical management of duplication anomalies, it is important to note that this is still a very controversial issue. A 2010 study by Merguerian *et al.* surveyed Pediatric Urologists in how they would conduct treatment in 3 different hypothetical scenarios of duplex systems, and their responses varied widely.⁵

This study was limited by its retrospective nature, e.g. making it difficult to compare pre and post-operative renal function. Since the implications of a duplex system vary widely from case to case, a larger number of patients might have allowed us to walk towards a more representative analysis and conclusions.

CONCLUSIONS

Given the diversity of factors to consider when selecting the most appropriate surgical procedure, a thorough characterization of coexisting findings should be made, particularly when grading VUR and determining the location of ureterocele and insertion of ectopic ureters. In our cohort, the quantification of the moiety renal function assumed a less preponderant role, but this analysis was limited by sample size.

A prospective study with a larger sample and more comprehensive clinical information is warranted to find out a consensus regarding the management of this common urogenital tract malformation.

REFERENCES

1. Privett J, Jeans W, Roylance J. The incidence and importance of renal duplication. *Clin Radiol*. 1976;27(4):521-30.
2. Winyard P, Chitty LS. Dysplastic kidneys. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2008;13(3):142-51.
3. Ubetagoyena Arrieta M, Sarasqueta Eizaguirre C, Arruebarrena Lizarraga D, Areses Trapote R. [Urinary tract duplication]. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77(4):261-6.
4. Ellerkamp V, Szavay P, Luithle T, Schafer JF, Amon O, Fuchs J. Single-stage surgical approach in complicated paediatric ureteral duplication: surgical and functional outcome. *Pediatr Surg Int*. 2014;30(1):99-105.
5. Merguerian PA, Taenzer A, Knoerlein K, McQuiston L, Herz D. Variation in management of duplex system intravesical ureterocele: a survey of pediatric urologists. *J Urol*. 2010;184(4 Suppl):1625-30.
6. Glassberg K, Braren V, Duckett J, Jacobs E, King L, Lebowitz R, et al. Suggested terminology for duplex systems, ectopic ureters and ureteroceles. *J Urol*. 1984 Dec;132(6):1153-4.
7. Lebowitz R, Olbing H, Parkkulainen K, Smellie J, Tamminen-Möbius T. International system of radiographic grading of vesicoureteric reflux. International Reflux Study in Children. *Pediatr Radiol*. 1985;15(2):105-9.
8. Adiego B, Martinez-Ten P, Perez-Pedregosa J, Illescas T, Barron E, Wong A, et al. Antenatally Diagnosed Renal Duplex Anomalies. *J Ultrasound Med*. 2011;30:809-15.
9. Merlini E, Lelli Chiesa P. Obstructive ureterocele-an ongoing challenge. *World J Urol*. 2004;22(2):107-14.
10. Castagnetti M, Vidal E, Burei M, Zucchetta P, Murer L, Rigamonti W. Duplex system ureterocele in infants: should we reconsider the indications for secondary surgery after endoscopic puncture or partial nephrectomy? *J Pediatr Urol*. 2013;9(1):11-6.
11. Gran CD, Kropp BP, Cheng EY, Kropp KA. Primary lower urinary tract reconstruction for nonfunctioning renal moieties associated with obstructing ureteroceles. *J Urol*. 2005;173(1):198-201.
12. Husmann D. Renal Dysplasia: The Risks and Consequences of Leaving Dysplastic Tissue In Situ. *Urology*. 1998;52:533.
13. Pohl HG. Recent advances in the management of ureteroceles in infants and children: why less may be more. *Curr Opin Urol*. 2011;21(4):322-7.

14. Adorisio O, Elia A, Landi L, Taverna M, Malvasio V, Danti A. Effectiveness of Primary Endoscopic Incision in Treatment of Ectopic Ureterocele Associated With Duplex System. *Urology*. 2011(77):191-4.
15. Routh JC, Inman BA, Reinberg Y. Dextranomer/hyaluronic acid for pediatric vesicoureteral reflux: systematic review. *Pediatrics*. 2010;125(5):1010-9.

FIGURES

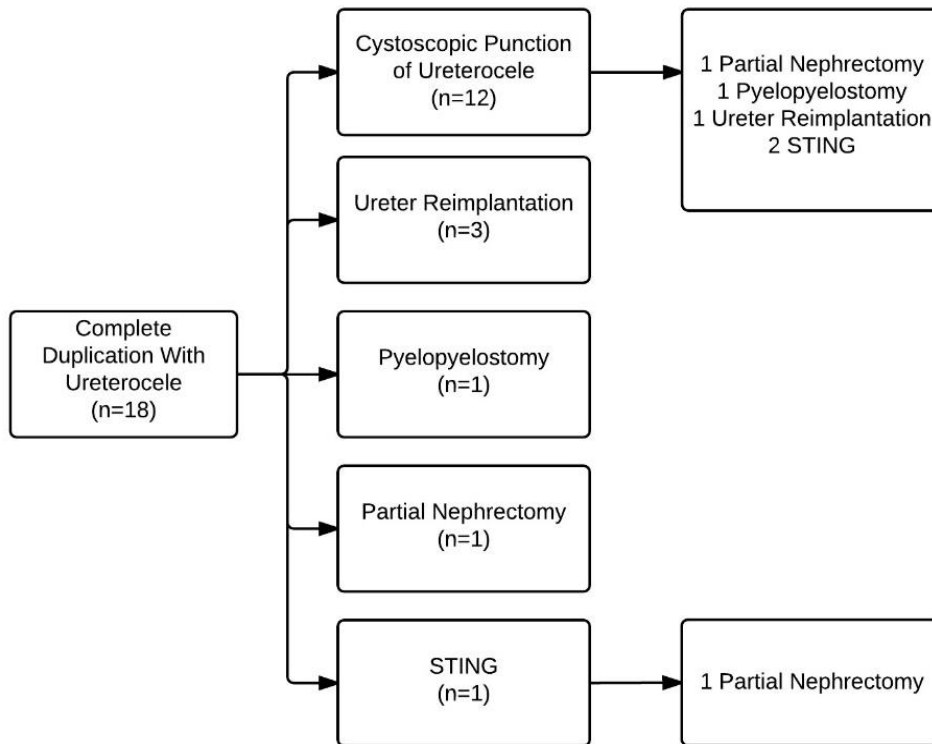


Fig.1- Primary surgical procedures and reinterventions in group A.

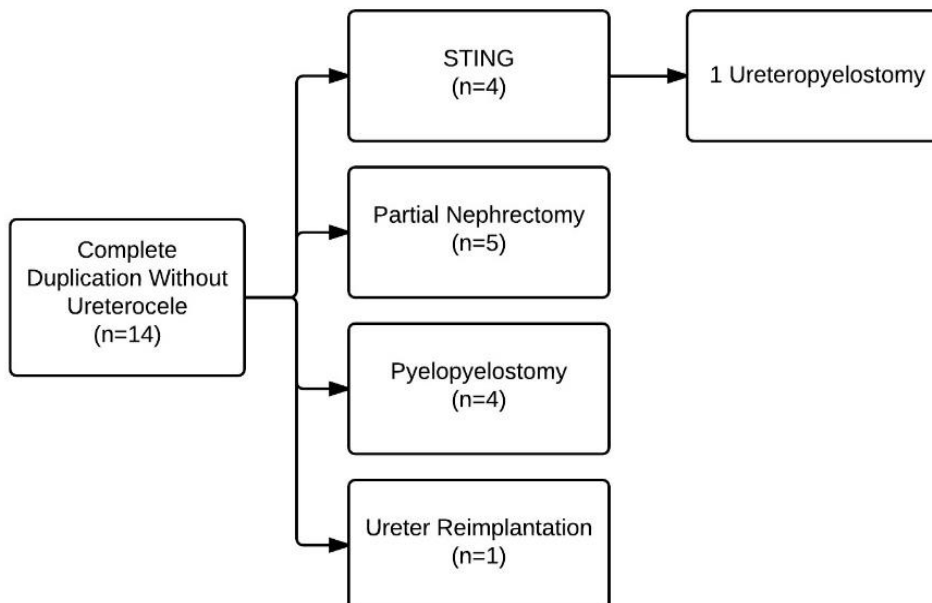


Fig.2- Primary surgical procedures and reinterventions in group B.

TABLES

DRF	Cystoscopic approach	<i>P</i> value	Heminephrectomy	<i>P</i> value	Reconstructive approach
Group A	43.4% (0-48.4%; n=7)	0.272	29.4% (n=1)	0.655	24.2% (9.9-40.6%; n=3)
Group B	26.4% (17.6-35.1%; n=2)	0.157	9.9% (7.7-18.2%; n=4)	0.142	17% (3.3-46%; n=5)

Table 1- Median values of the Differential Renal Function (DRF) of the affected pole before each of the surgical procedures selected for each group. The reconstructive approach encompasses every procedure in which the kidney is preserved, except for puncture of the ureterocele or STING for correction of VUR, which fall into the cystoscopic approach. The values presented correspond to median (minimum-maximum; number of individuals for which these values were available). *P* values comparing the moiety function for heminephrectomy and the other two types of non-ablative approach are displayed between the respective columns.

AGRADECIMENTOS

O meu mais sincero agradecimento ao Professor Doutor Estevão da Costa, por toda a disponibilidade e paciência, e por ter cuidadosamente orientado a elaboração deste trabalho.

Agradeço ainda à minha família e amigos que, através de conselhos, da leitura dos vários manuscritos, e do apoio moral, foram cruciais no caminho até à finalização deste projeto.

ANEXOS

Normas da Revista *Acta Médica Portuguesa*
Documento de Aprovação da Comissão de Ética

Normas de Publicação da Acta Médica Portuguesa



Acta Médica Portuguesa's Publishing Guidelines

Conselho Editorial ACTA MÉDICA PORTUGUESA
Acta Med Port 2015, 26 Janeiro 2015

1. MISSÃO

Publicar trabalhos científicos originais e de revisão na área biomédica da mais elevada qualidade, abrangendo várias áreas do conhecimento médico, e ajudar os médicos a tomar melhores decisões.

Para atingir estes objectivos a Acta Médica Portuguesa publica artigos originais, artigos de revisão, casos clínicos, editoriais, entre outros, comentando sobre os factores clínicos, científicos, sociais, políticos e económicos que afectam a saúde. A Acta Médica Portuguesa pode considerar artigos para publicação de autores de qualquer país.

2. VALORES

- Promover a qualidade científica.
- Promover o conhecimento e actualidade científica.
- Independência e imparcialidade editorial.
- Ética e respeito pela dignidade humana.
- Responsabilidade social.

3. VISÃO

Ser reconhecida como uma revista médica portuguesa de grande impacto internacional.

Promover a publicação científica da mais elevada qualidade privilegiando o trabalho original de investigação (clínico, epidemiológico, multicêntrico, ciência básica).

Constituir o fórum de publicação de normas de orientação.

Ampliar a divulgação internacional.

Lema: "Primum non nocere, primeiro a Acta Médica Portuguesa"

4. INFORMAÇÃO GERAL

A Acta Médica Portuguesa é a revista científica com revisão pelos pares (*peer-review*) da Ordem dos Médicos. É publicada continuamente desde 1979, estando indexada na PubMed / Medline desde o primeiro número. Desde 2010 tem Factor de Impacto atribuído pelo Journal Citation Reports - Thomson Reuters.

A Acta Médica Portuguesa segue a política do livre acesso. Todos os seus artigos estão disponíveis de forma integral, aberta e gratuita desde 1999 no seu site www.actamedicaportuguesa.com e através da Medline com interface PubMed.

A taxa de aceitação da Acta Médica Portuguesa, em

2014, foi de aproximadamente de 20% dos mais de 700 manuscritos recebidos anualmente.

Os manuscritos devem ser submetidos *online* via "Submissões Online" <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

A Acta Médica Portuguesa rege-se de acordo com as boas normas de edição biomédica do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), do Committee on Publication Ethics (COPE), e do EQUATOR Network Resource Centre Guidance on Good Research Report (desenho de estudos).

A política editorial da Revista incorpora no processo de revisão e publicação as Recomendações de Política Editorial (*Editorial Policy Statements*) emitidas pelo Conselho de Editores Científicos (Council of Science Editors), disponíveis em <http://www.councilscienceeditors.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3331>, que cobre responsabilidades e direitos dos editores das revistas com arbitragem científica. Os artigos propostos não podem ter sido objecto de qualquer outro tipo de publicação. As opiniões expressas são da inteira responsabilidade dos autores. Os artigos publicados ficarão propriedade conjunta da Acta Médica Portuguesa e dos autores.

A Acta Médica Portuguesa reserva-se o direito de comercialização do artigo enquanto parte integrante da revista (na elaboração de separatas, por exemplo). O autor deverá acompanhar a carta de submissão com a declaração de cedência de direitos de autor para fins comerciais.

Relativamente à utilização por terceiros a Acta Médica Portuguesa rege-se pelos termos da licença *Creative Commons* 'Atribuição – Uso Não-Comercial – Proibição de Realização de Obras Derivadas (by-nc-nd)'.

Após publicação na Acta Médica Portuguesa, os autores ficam autorizados a disponibilizar os seus artigos em repositórios das suas instituições de origem, desde que mencionem sempre onde foram publicados.

5. CRITÉRIO DE AUTORIA

A revista segue os critérios de autoria do "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE).

Todos designados como autores devem ter participado significativamente no trabalho para tomar responsabilidade

pública sobre o conteúdo e o crédito da autoria.

Autores são todos que:

1. Têm uma contribuição intelectual substancial, directa, no desenho e elaboração do artigo
2. Participam na análise e interpretação dos dados
3. Participam na escrita do manuscrito, revendo os rascunhos; ou na revisão crítica do conteúdo; ou na aprovação da versão final
4. Concordam que são responsáveis pela exactidão e integridade de todo o trabalho

As condições 1, 2, 3 e 4 têm de ser reunidas.

Autoria requer uma contribuição substancial para o manuscrito, sendo pois necessário especificar em carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho.

Ser listado como autor, quando não cumpre os critérios de elegibilidade, é considerado fraude.

Todos os que contribuíram para o artigo, mas que não encaixam nos critérios de autoria, devem ser listados nos agradecimentos.

Todos os autores, (isto é, o autor correspondente e cada um dos autores) terão de preencher e assinar o “Formulário de Autoria” com a responsabilidade da autoria, critérios e contribuições; conflitos de interesse e financiamento e transferência de direitos autorais / *copyright*.

O autor Correspondente deve ser o intermediário em nome de todos os co-autores em todos os contactos com a Acta Médica Portuguesa, durante todo o processo de submissão e de revisão. O autor correspondente é responsável por garantir que todos os potenciais conflitos de interesse mencionados são correctos. O autor correspondente deve atestar, ainda, em nome de todos os co-autores, a originalidade do trabalho e obter a permissão escrita de cada pessoa mencionada na secção “Agradecimentos”.

6. COPYRIGHT / DIREITOS AUTORAIS

Quando o artigo é aceite para publicação é mandatório o envio via *e-mail* de documento digitalizado, assinado por todos os Autores, com a partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa.

O(s) Autor(es) deve(m) assinar uma cópia de partilha dos direitos de autor entre autores e a Acta Médica Portuguesa quando submetem o manuscrito, conforme minuta publicada em anexo:

Nota: Este documento assinado só deverá ser enviado quando o manuscrito for aceite para publicação.

Editor da Acta Médica Portuguesa

O(s) Autor(es) certifica(m) que o manuscrito intitulado: _____ (ref. _____)

AMP _____) é original, que todas as afirmações apresentadas como factos são baseados na investigação do(s) Autor(es), que o manuscrito, quer em parte quer no todo, não infringe nenhum *copyright* e não viola nenhum direito da privacidade, que não foi publicado em parte ou no todo e que não foi submetido para publicação, no todo ou em parte, noutra revista, e que os Autores têm o direito ao *copyright*.

Todos os Autores declaram ainda que participaram no trabalho, se responsabilizam por ele e que não existe, da parte de qualquer dos Autores conflito de interesses nas afirmações proferidas no trabalho.

Os Autores, ao submeterem o trabalho para publicação, partilham com a Acta Médica Portuguesa todos os direitos a interesses do *copyright* do artigo.

Todos os Autores devem assinar

Data: _____

Nome (maiúsculas): _____

Assinatura: _____

7. CONFLITOS DE INTERESSE

O rigor e a exactidão dos conteúdos, assim como as opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos Autores. Os Autores devem declarar potenciais conflitos de interesse. Os autores são obrigados a divulgar todas as relações financeiras e pessoais que possam enviesar o trabalho.

Para prevenir ambiguidade, os autores têm que explicitamente mencionar se existe ou não conflitos de interesse.

Essa informação não influenciará a decisão editorial mas antes da submissão do manuscrito, os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

Se os autores têm dúvidas sobre o que constitui um relevante interesse financeiro ou pessoal, devem contactar o editor.

8. CONSENTIMENTO INFORMADO e APROVAÇÃO ÉTICA

Todos os doentes (ou seus representantes legais) que possam ser identificados nas descrições escritas, fotografias e vídeos deverão assinar um formulário de consentimento informado para descrição de doentes, fotografia e vídeos. Estes formulários devem ser submetidos com o manuscrito.

A Acta Médica Portuguesa considera aceitável a omissão de dados ou a apresentação de dados menos específicos para identificação dos doentes. Contudo, não aceitaremos a alteração de quaisquer dados.

Os autores devem informar se o trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição de acordo com a declaração de Helsínquia.

9. LÍNGUA

Os artigos devem ser redigidos em português ou em inglês. Os títulos e os resumos têm de ser sempre em português e em inglês.

10. PROCESSO EDITORIAL

O autor correspondente receberá notificação da recepção do manuscrito e decisões editoriais por *email*.

Todos os manuscritos submetidos são inicialmente revistos pelo editor da Acta Médica Portuguesa. Os manuscritos são avaliados de acordo com os seguintes critérios: originalidade, actualidade, clareza de escrita, método de

estudo apropriado, dados válidos, conclusões adequadas e apoiadas pelos dados, importância, com significância e contribuição científica para o conhecimento da área, e não tenham sido publicados, na íntegra ou em parte, nem submetidos para publicação noutros locais.

A Acta Médica Portuguesa segue um rigoroso processo cego (*single-blind*) de revisão por pares (*peer-review*, externos à revista). Os manuscritos recebidos serão enviados a peritos das diversas áreas, os quais deverão fazer os seus comentários, incluindo a sugestão de aceitação, aceitação condicionada a pequenas ou grandes modificações ou rejeição. Na avaliação, os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- b) aceites após modificações propostas pelos consultores científicos;
- c) recusados.

Estipula-se para esse processo o seguinte plano temporal:

- Após a recepção do artigo, o Editor-Chefe, ou um dos Editores Associados, enviará o manuscrito a, no mínimo, dois revisores, caso esteja de acordo com as normas de publicação e se enquadre na política editorial. Poderá ser recusado nesta fase, sem envio a revisores.

- Quando receberem a comunicação de aceitação, os Autores devem remeter de imediato, por correio electrónico, o formulário de partilha de direitos que se encontra no *site* da Acta Médica Portuguesa, devidamente preenchido e assinado por todos os Autores.

- No prazo máximo de quatro semanas, o revisor deverá responder ao editor indicando os seus comentários relativos ao manuscrito sujeito a revisão, e a sua sugestão de quanto à aceitação ou rejeição do trabalho. O Conselho Editorial tomará, num prazo de 15 dias, uma primeira decisão que poderá incluir a aceitação do artigo sem modificações, o envio dos comentários dos revisores para que os Autores procedam de acordo com o indicado, ou a rejeição do artigo.

Os Autores dispõem de 20 dias para submeter a nova versão revista do manuscrito, contemplando as modificações recomendadas pelos peritos e pelo Conselho Editorial. Quando são propostas alterações, o autor deverá enviar, no prazo máximo de vinte dias, um *e-mail* ao editor respondendo a todas as questões colocadas e anexando uma versão revista do artigo com as alterações inseridas destacadas com cor diferente.

- O Editor-Chefe dispõe de 15 dias para tomar a decisão sobre a nova versão: rejeitar ou aceitar o artigo na nova versão, ou submetê-lo a um ou mais revisores externos cujo parecer poderá, ou não, coincidir com os resultantes da primeira revisão.

- Caso o manuscrito seja reenviado para revisão externa, os peritos dispõem de quatro semanas para o envio dos seus comentários e da sua sugestão quanto à aceitação ou recusa para publicação do mesmo.

- Atendendo às sugestões dos revisores, o Editor-Chefe poderá aceitar o artigo nesta nova versão, rejeitá-lo ou voltar a solicitar modificações. Neste último caso, os Autores

dispõem de um mês para submeter uma versão revista, a qual poderá, caso o Editor-Chefe assim o determine, voltar a passar por um processo de revisão por peritos externos.

- No caso da aceitação, em qualquer das fases anteriores, a mesma será comunicada ao Autor principal. Num prazo inferior a um mês, o Conselho Editorial enviará o artigo para revisão dos Autores já com a formatação final, mas sem a numeração definitiva. Os Autores dispõem de cinco dias para a revisão do texto e comunicação de quaisquer erros tipográficos. Nesta fase, os Autores não podem fazer qualquer modificação de fundo ao artigo, para além das correcções de erros tipográficos e/ou ortográficos de pequenos erros. Não são permitidas, nomeadamente, alterações a dados de tabelas ou gráficos, alterações de fundo do texto, etc.

- Após a resposta dos Autores, ou na ausência de resposta, após o decurso dos cinco dias, o artigo considera-se concluído.

- Na fase de revisão de provas tipográficas, alterações de fundo aos artigos não serão aceites e poderão implicar a sua rejeição posterior por decisão do Editor-Chefe.

Chama-se a atenção que a transcrição de imagens, quadros ou gráficos de outras publicações deverá ter a prévia autorização dos respectivos autores para dar cumprimento às normas que regem os direitos de autor.

11. PUBLICAÇÃO FAST-TRACK

A Acta Médica Portuguesa dispõe do sistema de publicação *Fast-Track* para manuscritos urgentes e importantes desde que cumpram os requisitos da Acta Médica Portuguesa para o *Fast-Track*.

- a) Os autores para requererem a publicação *fast-track* devem submeter o seu manuscrito em <http://www.actamedicaportuguesa.com/> “submeter artigo” indicando claramente porque consideram que o manuscrito é adequado para a publicação rápida. O Conselho Editorial tomará a decisão sobre se o manuscrito é adequado para uma via rápida (*fast-track*) ou para submissão regular;

- b) Verifique se o manuscrito cumpre as normas aos autores da Acta Médica Portuguesa e que contém as informações necessárias em todos os manuscritos da Acta Médica Portuguesa.

- c) O Gabinete Editorial irá comunicar, dentro de 48 horas, se o manuscrito é apropriado para avaliação *fast-track*. Se o Editor-Chefe decidir não aceitar a avaliação *fast-track*, o manuscrito pode ser considerado para o processo de revisão normal. Os autores também terão a oportunidade de retirar a sua submissão.

- d) Para manuscritos que são aceites para avaliação *fast-track*, a decisão Editorial será feita no prazo de 5 dias úteis.

- e) Se o manuscrito for aceite para publicação, o objectivo será publicá-lo, online, no prazo máximo de 3 semanas após a aceitação.

12. REGRAS DE OURO ACTA MÉDICA PORTUGUESA

- a) O editor é responsável por garantir a qualidade da

revista e que o que publica é ético, actual e relevante para os leitores.

b) A gestão de reclamações passa obrigatoriamente pelo editor-chefe e não pelo bastonário.

c) O peer review deve envolver a avaliação de revisores externos.

d) A submissão do manuscrito e todos os detalhes associados são mantidos confidenciais pelo corpo editorial e por todas as pessoas envolvidas no processo de peer-review.

e) A identidade dos revisores é confidencial.

f) Os revisores aconselham e fazem recomendações; o editor toma decisões.

g) O editor-chefe tem total independência editorial.

h) A Ordem dos Médicos não interfere directamente na avaliação, selecção e edição de artigos específicos, nem directamente nem por influência indirecta nas decisões editoriais.

i) As decisões editoriais são baseadas no mérito de trabalho submetido e adequação à revista.

j) As decisões do editor-chefe não são influenciadas pela origem do manuscrito nem determinadas por agentes exteriores.

k) As razões para rejeição imediata sem peer review externo são: falta de originalidade; interesse limitado para os leitores da Acta Médica Portuguesa; conter graves falhas científicas ou metodológicas; o tópico não é coberto com a profundidade necessária; é preliminar de mais e/ou especulativo; informação desactualizada.

l) Todos os elementos envolvidos no processo de peer review devem actuar de acordo com os mais elevados padrões éticos.

m) Todas as partes envolvidas no processo de peer review devem declarar qualquer potencial conflito de interesses e solicitar escusa de rever manuscritos que sintam que não conseguirão rever objectivamente.

13. NORMAS GERAIS

ESTILO

Todos os manuscritos devem ser preparados de acordo com o "AMA Manual of Style", 10th ed. e/ou "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Escreva num estilo claro, directo e activo. Geralmente, escreva usando a primeira pessoa, voz activa, por exemplo, "Analisámos dados", e não "Os dados foram analisados". Os agradecimentos são as excepções a essa directriz, e deve ser escrito na terceira pessoa, voz activa; "Os autores gostariam de agradecer". Palavras em latim ou noutra língua que não seja a do texto deverão ser colocadas em itálico.

Os componentes do manuscrito são: Página de Título, Resumo, Texto, Referências, e se apropriado, legendas de figuras. Inicie cada uma dessas secções em uma nova página, numeradas consecutivamente, começando com a página de título.

Os formatos de arquivo dos manuscritos autorizados incluem o *Word* e o *WordPerfect*. Não submeta o manuscrito em formato PDF.

SUBMISSÃO

Os manuscritos devem ser submetidos online, via "Submissão Online" da Acta Médica Portuguesa <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/about/submissions#onlineSubmissions>.

Todos os campos solicitados no sistema de submissão online terão de ser respondidos.

Após submissão do manuscrito o autor receberá a confirmação de recepção e um número para o manuscrito.

Na primeira página/ página de título:

a) Título em **português e inglês**, conciso e descritivo

b) Na linha da autoria, liste o Nome de todos os Autores (primeiro e último nome) com os títulos académicos e/ou profissionais e respectiva afiliação (departamento, instituição, cidade, país)

c) Subsídio(s) ou bolsa(s) que contribuíram para a realização do trabalho

d) Morada e *e-mail* do Autor responsável pela correspondência relativa ao manuscrito

e) Título breve para cabeçalho

Na segunda página

a) Título (sem autores)

b) Resumo em **português e inglês**. Nenhuma informação que não conste no manuscrito pode ser mencionada no resumo. Os resumos não podem remeter para o texto, não podendo conter citações nem referências a figuras.

c) Palavras-chave (*Keywords*). Um máximo de 5 *Keywords* em inglês utilizando a terminologia que consta no Medical Subject Headings (MeSH), <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>, devem seguir-se ao resumo.

Na terceira página e seguintes:

■ Editoriais:

Os Editoriais serão apenas submetidos por convite do Editor. Serão comentários sobre tópicos actuais. Não devem exceder as 1.200 palavras nem conter tabelas/figuras e terão um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

■ Perspectiva:

Artigos elaborados apenas por convite do Conselho Editorial. Podem cobrir grande diversidade de temas com interesse nos cuidados de saúde: problemas actuais ou emergentes, gestão e política de saúde, história da medicina, ligação à sociedade, epidemiologia, etc.

Um Autor que deseje propor um artigo desta categoria deverá remeter previamente ao Editor-Chefe o respectivo resumo, indicação dos autores e título do artigo para avaliação.

Deve conter no máximo 1200 palavras (excluindo as referências e as legendas) e até 10 referências bibliográficas. Só pode conter uma tabela ou uma figura. Não precisa de resumo.

■ Artigos Originais:

O texto deve ser apresentado com as seguintes secções: Introdução (incluindo Objectivos), Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Agradecimentos (se aplicável), Referências, Tabelas e Figuras.

Os Artigos Originais não deverão exceder as 4.000 palavras, excluindo referências e ilustrações. Deve ser acompanhado de ilustrações, com um máximo de 6 figuras/tabelas e 60 referências bibliográficas.

O resumo dos artigos originais não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

A Acta Médica Portuguesa, como membro do ICMJE, exige como condição para publicação, o registo de todos os ensaios num registo público de ensaios aceite pelo ICMJE (ou seja, propriedade de uma instituição sem fins lucrativos e publicamente acessível, por ex. clinicaltrials.gov). Todos os manuscritos reportando ensaios clínicos têm de seguir o CONSORT *Statement* <http://www.consort-statement.org/>.

Numa revisão sistemática ou meta-análise de estudos randomizados siga as PRISMA *guidelines*.

Numa meta-análise de estudos observacionais, siga as MOOSE *guidelines* e apresente como um ficheiro complementar o protocolo do estudo, se houver um.

Num estudo de precisão de diagnóstico, siga as STARD *guidelines*.

Num estudo observacional, siga as STROBE *guidelines*.

Num *Guideline* clínico incentivamos os autores a seguir a GRADE *guidance* para classificar a evidência.

■ Artigos de Revisão:

Destinam-se a abordar de forma aprofundada, o estado actual do conhecimento referente a temas de importância. Estes artigos serão elaborados a convite da equipa editorial, contudo, a título excepcional, será possível a submissão, por autores não convidados (com ampla experiência no tema) de projectos de artigo de revisão que, julgados relevantes e aprovados pelo editor, poderão ser desenvolvidos e submetidos às normas de publicação.

Comprimento máximo: 3500 palavras de texto (não incluindo resumo, legendas e referências). Não pode ter mais do que um total de 4 tabelas e / ou figuras, e não mais de 50-75 referências.

O resumo dos artigos de revisão não deve exceder as 250 palavras e serão estruturados (com cabeçalhos: Introdução, Materiais e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão).

■ Caso Clínico:

O relato de um caso clínico com justificada razão de publicação (raridade, aspectos inusitados, evoluções atípicas, inovações terapêuticas e de diagnóstico, entre outras). As secções serão: Introdução, Caso Clínico, Discussão, Bibliografia.

O texto não deve exceder as 1.000 palavras e 15 refe-

rências bibliográficas. Deve ser acompanhado de figuras ilustrativas. O número de tabelas/figuras não deve ser superior a 5.

Inclua um resumo não estruturado que não exceda 150 palavras, que sumarie o objectivo, pontos principais e conclusões do artigo.

■ Imagens em Medicina (Imagem Médica):

A Imagem em Medicina é um contributo importante da aprendizagem e da prática médica. Poderão ser aceites imagens clínicas, de imagiologia, histopatologia, cirurgia, etc. Podem ser enviadas até duas imagens por caso.

Deve incluir um título com um máximo de oito palavras e um texto com um máximo de 150 palavras onde se dê informação clínica relevante, incluindo um breve resumo do historial do doente, dados laboratoriais, terapêutica e condição actual. Não pode ter mais do que três autores e cinco referências bibliográficas. Não precisa de resumo.

Só são aceites fotografias originais, de alta qualidade, que não tenham sido submetidas a prévia publicação. Devem ser enviados dois ficheiros: um com a qualidade exigida para a publicação de imagens e outra que serve apenas para referência em que o topo da fotografia deve vir indicado com uma seta. Para informação sobre o envio de imagens digitais, consulte as «Normas técnicas para a submissão de figuras, tabelas ou fotografias».

■ Guidelines / Normas de orientação:

As sociedades médicas, os colégios das especialidades, as entidades oficiais e / ou grupos de médicos que desejem publicar na Acta Médica Portuguesa recomendações de prática clínica, deverão contactar previamente o Conselho Editorial e submeter o texto completo e a versão para ser publicada. O Editor-Chefe poderá colocar como exigência a publicação exclusiva das recomendações na Acta Médica Portuguesa.

Poderá ser acordada a publicação de uma versão resumida na edição impressa cumulativamente à publicação da versão completa no *site* da Acta Médica Portuguesa.

■ Cartas ao Editor:

Devem constituir um comentário a um artigo da Acta Med Port ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 400 palavras, nem conter mais de uma ilustração e ter um máximo de 5 referências bibliográficas. Não precisam de resumo.

Deve seguir a seguinte estrutura geral: Identificar o artigo (torna-se a referência 1); Dizer porque está a escrever; fornecer evidência (a partir da literatura ou a partir de uma experiência pessoal) fornecer uma súmula; citar referências.

A(s) resposta(s) do(s) Autor(es) devem observar as mesmas características.

Uma Carta ao editor discutindo um artigo recente da Acta Med Port terá maior probabilidade de aceitação se for submetida quatro semanas após a publicação do artigo.

Abreviaturas: Não use abreviaturas ou acrónimos no título nem no resumo, e limite o seu uso no texto. O uso de acrónimos deve ser evitado, assim como o uso excessivo e desnecessário de abreviaturas. Se for imprescindível recorrer a abreviaturas não consagradas, devem ser definidas na primeira utilização, por extenso, logo seguido pela abreviatura entre parênteses. Não coloque pontos finais nas abreviaturas.

Unidades de Medida: As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico (metro, quilograma ou litro) ou seus múltiplos decimais.

As temperaturas devem ser dadas em graus Celsius (°C) e a pressão arterial em milímetros de mercúrio (mm Hg).

Para mais informação consulte a tabela de conversão “Units of Measure” no *website* da AMA Manual Style.

Nomes de Medicamentos, Dispositivos ou outros Produtos: Use o nome não comercial de medicamentos, dispositivos ou de outros produtos, a menos que o nome comercial seja essencial para a discussão.

IMAGENS

Numere todas as imagens (figuras, gráficos, tabelas, fotografias, ilustrações) pela ordem de citação no texto.

Inclua um título/legenda para cada imagem (uma frase breve, de preferência com não mais do que 10 a 15 palavras).

A publicação de imagens a cores é gratuita.

No manuscrito, são aceitáveis os seguintes formatos: BMP, EPS, JPG, PDF e TIF, com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As Tabelas/Figuras devem ser numeradas na ordem em que são citadas no texto e assinaladas em numeração árabe e com identificação, figura/tabela. Tabelas e figuras devem ter numeração árabe e legenda. Cada Figura e Tabela incluídas no trabalho têm de ser referidas no texto, da forma que passamos a exemplificar:

Estes são alguns exemplos de como uma resposta imunitária anormal pode estar na origem dos sintomas da doença de Behçet (Fig. 4).

Esta associa-se a outras duas lesões cutâneas (Tabela 1).

Figura: Quando referida no texto é abreviada para Fig., enquanto a palavra Tabela não é abreviada. Nas legendas ambas as palavras são escritas por extenso.

Figuras e tabelas serão numeradas com numeração árabe independentemente e na sequência em que são referidas no texto.

Exemplo: Fig. 1, Fig. 2, Tabela 1

Legendas: Após as referências bibliográficas, ainda no ficheiro de texto do manuscrito, deverá ser enviada legenda detalhada (sem abreviaturas) para cada imagem. A imagem tem que ser referenciada no texto e indicada a sua localização aproximada com o comentário “Inserir Figura nº 1... aqui”.

Tabelas: É obrigatório o envio das tabelas a preto e

branco no final do ficheiro. As tabelas devem ser elaboradas e submetidas em documento *word*, em formato de tabela simples (*simple grid*), sem utilização de tabuladores, nem modificações tipográficas. Todas as tabelas devem ser mencionadas no texto do artigo e numeradas pela ordem que surgem no texto. Indique a sua localização aproximada no corpo do texto com o comentário “Inserir Tabela nº 1... aqui”. Neste caso os autores autorizam uma reorganização das tabelas caso seja necessário.

As tabelas devem ser acompanhadas da respectiva legenda/título, elaborada de forma sucinta e clara.

Legendas devem ser auto-explicativas (sem necessidade de recorrer ao texto) – é uma declaração descritiva.

Legenda/Título das Tabelas: Colocada por cima do corpo da tabela e justificada à esquerda. Tabelas são lidas de cima para baixo. Na parte inferior serão colocadas todas as notas informativas – notas de rodapé (abreviaturas, significado estatístico, etc.) As notas de rodapé para conteúdo que não caiba no título ou nas células de dados devem conter estes símbolos *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, ||||, ¶¶.

Figuras: Os ficheiros «figura» podem ser tantos quantas imagens tiver o artigo. Cada um destes elementos deverá ser submetido em ficheiro separado, obrigatoriamente em versão electrónica, pronto para publicação. As figuras (fotografias, desenhos e gráficos) não são aceites em ficheiros *word*.

Em formato TIF, JPG, BMP, EPS e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

As legendas têm que ser colocadas no ficheiro de texto do manuscrito.

Caso a figura esteja sujeita a direitos de autor, é responsabilidade dos autores do artigo adquirir esses direitos antes do envio do ficheiro à Acta Médica Portuguesa.

Legenda das Figuras: Colocada por baixo da figura, gráfico e justificada à esquerda. Gráficos e outras figuras são habitualmente lidos de baixo para cima.

Só são aceites imagens de doentes quando necessárias para a compreensão do artigo. Se for usada uma figura em que o doente seja identificável deve ser obtida e remetida à Acta Médica Portuguesa a devida autorização. Se a fotografia permitir de forma óbvia a identificação do doente, esta poderá não ser aceite. Em caso de dúvida, a decisão final será do Editor-Chefe.

• **Fotografias:** Em formato TIF, JPG, BMP e PDF com 300 *dpis* de resolução, pelo menos 1200 *pixels* de largura e altura proporcional.

• **Desenhos e gráficos:** Os desenhos e gráficos devem ser enviados em formato vectorial (AI, EPS) ou em ficheiro bitmap com uma resolução mínima de 600 dpi. A fonte a utilizar em desenhos e gráficos será obrigatoriamente Arial.

As imagens devem ser apresentadas em ficheiros separados submetidos como documentos suplementares, em condições de reprodução, de acordo com a ordem em que

são discutidas no texto. As imagens devem ser fornecidas independentemente do texto.

AGRADECIMENTOS (facultativo)

Devem vir após o texto, tendo como objectivo agradecer a todos os que contribuíram para o estudo mas não têm peso de autoria. Nesta secção é possível agradecer a todas as fontes de apoio, quer financeiro, quer tecnológico ou de consultoria, assim como contribuições individuais. Cada pessoa citada nesta secção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome.

REFERÊNCIAS

Os autores são responsáveis pela exactidão e rigor das suas referências e pela sua correcta citação no texto.

As referências bibliográficas devem ser citadas numericamente (algarismos árabes formatados sobrescritos) por ordem de entrada no texto e ser identificadas no texto com algarismos árabes. **Exemplo:** “Dimethylfumarate has also been a systemic therapeutic option in moderate to severe psoriasis since 1994¹³ and in multiple sclerosis.¹⁴”

Se forem citados mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser indicadas, sendo separadas por traço.⁵⁻⁹

Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula.^{12,15,18}

As referências são alinhadas à esquerda.

Não deverão ser incluídos na lista de referências quaisquer artigos ainda em preparação ou observações não publicadas, comunicações pessoais, etc. Tais inclusões só são permitidas no corpo do manuscrito (ex: P. Andrade, comunicação pessoal).

As abreviaturas usadas na nomeação das revistas devem ser as utilizadas pelo National Library of Medicine (NLM) *Title Journals Abbreviations* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>

Notas: Não indicar mês da publicação.

Nas referências com 6 ou menos Autores devem ser nomeados todos. Nas referências com 7 ou mais autores devem ser nomeados os 6 primeiros seguidos de “et al”.

Seguem-se alguns exemplos de como devem constar os vários tipos de referências.

Artigo:

Apelido Iniciais do(s) Autor(es). Título do artigo. Título das revistas [abreviado]. Ano de publicação; Volume: páginas.

1. Com menos de 6 autores

Miguel C, Mediavilla MJ. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011;24:791-8.

2. Com mais de 6 autores

Norte A, Santos C, Gamboa F, Ferreira AJ, Marques A, Leite C, et al. Pneumonia Necrotizante: uma complicação rara. *Acta Med Port.* 2012;25:51-5.

Monografia:

Autor/Editor AA. Título: completo. Edição (se não for a primeira). Vol.(se for trabalho em vários volumes). Local de publicação: Editor comercial; ano.

1. Com Autores:

Moore, K. *Essential Clinical Anatomy*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

2. Com editor:

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

Capítulo de monografia:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Relatório Científico/Técnico:

Lugg DJ. Physiological adaptation and health of an expedition in Antarctica: with comment on behavioural adaptation. Canberra: A.G.P.S.; 1977. Australian Government Department of Science, Antarctic Division. ANARE scientific reports. Series B(4), Medical science No. 0126

Documento electrónico:

1. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

2. Monografia da Internet

Van Belle G, Fisher LD, Heagerty PJ, Lumley TS. *Biostatistics: a methodology for the health sciences* [e-book]. 2nd ed. Somerset: Wiley InterScience; 2003 [consultado 2005 Jun 30]. Disponível em: Wiley InterScience electronic collection

3. Homepage/Website

Cancer-Pain.org [homepage na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01; [consultado 2002 Jul 9]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

PROVAS TIPOGRÁFICAS

Serão da responsabilidade do Conselho Editorial, se os Autores não indicarem o contrário. Neste caso elas deverão ser feitas no prazo determinado pelo Conselho Editorial, em função das necessidades editoriais da Revista. Os autores receberão as provas para publicação em formato PDF para correcção e deverão devolvê-las num prazo de 48 horas.

ERRATA E RETRACÇÕES

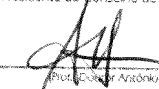

A Acta Médica Portuguesa publica alterações, emendas ou retracções a um artigo anteriormente publicado. Alterações posteriores à publicação assumirão a forma de errata.

NOTA FINAL

Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto aconselha-se a leitura do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* do International Committee of Medical Journal Editors), disponível em <http://www.ICMJE.org>.

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de S. João – EPE**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE 08 MAI 2014			
Presidente do Conselho de Administração			
			
Directora Clínica	Enfermeira Directora	Vogal Executivo	Vogal Executivo
			
(Dra. Margarida Teves)	(Enfermeira Eulália Portela)	(Dr. João Oliveira)	(Dr. Amândio Almeida)

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação**Nome do Investigador Principal:** Maria Isabel Bastos Rodrigues**Título do projecto de investigação:** Duplicidade renouretal: outcome de diferentes abordagens cirúrgicas

Pretendendo realizar no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 4 / fevereiro / 2014

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Maria Isabel Bastos Rodrigues

Parecer

Título do Projecto: Duplicidade renoureteral: outcome de diferentes abordagens cirúrgicas

Nome do Investigador Principal: Maria Isabel Bastos Rodrigues

Serviço onde decorrerá o Estudo: Serviço de Cirurgia Pediátrica do Centro Hospitalar de S. João

Objectivo do Estudo:

Nesta investigação pretende descrever-se os casos de duplicidade renoureteral submetidos a cirurgia no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital de São João no período de 1 de Janeiro de 2008 até 1 de Julho de 2014, bem como comparar os outcomes das diferentes abordagens cirúrgicas.

Concepção e Pertinência do Estudo: Estudo de natureza retrospectiva, a realizar no âmbito do Mestrado Integrado de Medicina da FMUP, ao qual o Sr. Director do Departamento de Pediatria deu o seu aval.

Benefício/risco: Dada a natureza do estudo, os benefícios e os riscos inerentes são desprezíveis.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio: NA

Confidencialidade dos dados: Na base de dados será apenas incluído o número do processo do doente e os dados relevantes ao projecto de investigação, sendo que os dados pessoais (nome, contactos, morada,...) não serão acessíveis por quem não tiver acesso ao processo clínico.

Elo de ligação: Prof. Estêvão Costa

Indemnização por danos: NA

Continuação do tratamento: NA


Propriedade dos dados: Do investigador, mas com critérios de publicação definidos

Curriculum do investigador: Adequado ao perfil da investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: Janeiro 2015

Conclusão: Considerados os objectivos do estudo e a inerente ponderação benefício/risco, proponho um parecer favorável à realização deste projeto de investigação.

Porto e H.S.João, 2014-02-27

O Relator

Doutor Filipe Almeida

7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☒

NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Maria Isabel Basteiro Rodrigues, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 7 / fevereiro / 2014

Maria Isabel Basteiro Rodrigues

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética